

इसे वेबसाइट www.govtpressmp.nic.in
से भी डाउन लोड किया जा सकता है.



मध्यप्रदेश राजपत्र

(असाधारण)

प्राधिकार से प्रकाशित

क्रमांक 150]

भोपाल, शुक्रवार, दिनांक 14 जून 2024—ज्येष्ठ 24, शक 1946

लोक स्वास्थ्य एवं चिकित्सा शिक्षा विभाग

मंत्रालय, वल्लभ भवन, भोपाल

भोपाल, दिनांक 14 जून 2024

आर क्रमांक 1926938/2024/सत्रह/मेडि:02

प्रारूप 1

पंजीकृत चिकित्सक (आरएमपी) की राय का प्रारूप
(बीस सप्ताह तक गर्भावस्था की अवधि के लिए)
[विनियम 3 देखिए]

मैं.....

(पंजीकृत चिकित्सा अधिकारी का नाम और अर्हताएं स्पष्ट अक्षरों में)

(पंजीकृत चिकित्सक का पूरा पता)

प्रमाणित करता/करती हूं कि मेरी राय में, जो सद्भावपूर्वक बनाई गई है।

(गर्भवती स्त्री का पूरा नाम स्पष्ट अक्षरों में)

निवासी.....

(गर्भवती स्त्री का पूरा पता स्पष्ट अक्षरों में)

के गर्भ का समापन करना निम्नलिखित कारणों से आवश्यक है*।

मैं यह सूचना देता/देती हूं कि मैंने संदर्भित महिला, जिसकी अस्पताल/अनुमोदित स्थान के एडमिशन रजिस्टर में क्रम संख्यांक है, का गर्भ समापन किया है।

स्थान:

दिनांक:

पंजीकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर

* मद (a) से (e) तक की मदों में विनिर्दिष्ट कारणों में से वह एक लिखिए जो उचित हो:

(a) गर्भवती स्त्री के जीवन की रक्षा के लिए।

(b) गर्भवती स्त्री के शारीरिक या मानसिक स्वास्थ्य को होने वाली गंभीर क्षति के निवारण के लिए।

(c) इस दृष्टि से कि इस बात के पर्याप्त जोखिम है कि यदि बच्चा पैदा हुआ तो वह ऐसी शारीरिक या मानसिक अपसामान्यताओं से पीड़ित होगा कि वह गंभीर रूप से विकलांग हो।

(d) इसलिए कि गर्भवती स्त्री का यह अभिकथन है कि गर्भ बलात्संग द्वारा हुआ है।

(e) इसलिए कि यह गर्भ, बच्चों की संख्या सीमित रखने या गर्भ को ठहरने से रोकने के प्रयोजन के लिए, स्त्री अथवा उसके साथी / सहभागी द्वारा प्रयोग में लाई गई किसी गर्भ निरोधक युक्ति या तरीके की विफलता के फलस्वरूप हुआ है।

टिप्पण- यह अवधारण करने के लिए कि क्या उसके गर्भ के बने रहने से गर्भवती स्त्री के शारीरिक अथवा मानसिक स्वास्थ्य को गंभीर क्षति पहुंचेगी, उस स्त्री कि वास्तविक या युक्तियुक्त पूर्व परिस्थितियों को ध्यान में रखा जाए।

स्थान:

दिनांक:

पंजीकृत चिकित्सक के हस्ताक्षर

प्रारूप 2

[विनियम 4(5) देखिए]

माह एवं वर्ष:

1. राज्य का नाम:

2. अस्पताल/अनुमोदित स्थान का नाम:

3. गर्भ की अवधि: (केवल प्रत्येक उप-शीर्ष के अंतर्गत कुल संख्या दें)

(क) 9 सप्ताहों तक (केवल औषधीय गर्भसमापन में):

(ख) 12 सप्ताहों तक (केवल सर्जिकल विधि द्वारा गर्भ समापन में):

(ग) 12-20 सप्ताहों के बीच:

(घ) 20-24 सप्ताहों के बीच:

(ङ) 24 सप्ताहों के बाद:

4. स्त्री का धर्म: (प्रत्येक उप-शीर्ष के अंतर्गत कुल संख्या दीजिए)

(क) हिन्दू:

(ख) मुसलमान:

(ग) ईसाई:

(घ) अन्य:

5. गर्भ निरोधन की स्वीकृति देते हुए समापन: (प्रत्येक उप-शीर्ष के अंतर्गत कुल संख्या दें)

(क) नसबंदी:

(ख) आईयूसीडी:

(ग) गर्भनिरोधक गोली/गर्भनिरोधक सुई:

(घ) अन्य:

6. समापन के कारण: (प्रत्येक उप-शीर्ष के अंतर्गत कुल संख्या दें)

क. 20 सप्ताहों तक के गर्भ की अवधि में

(क) गर्भवती स्त्री के जीवन को खतरा:

(ख) गर्भवती स्त्री के शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को गंभीर क्षति:

(ग) बलात्संग द्वारा हुआ गर्भ:

(घ) इस बात का पर्याप्त जोखिम है कि यदि बच्चा पैदा हुआ तो वह ऐसी शारीरिक या मानसिक असामान्यताओं से पीड़ित होगा कि वह गंभीर रूप से विकलांग हो:

(ङ) किसी गर्भ निरोध युक्ति अथवा तरीके की विफलता:

(छ) मानवीय स्थितियों या आपदा या आकस्मिकता की परिस्थितियों में गर्भावस्था वाली स्त्री, जैसा कि सरकार द्वारा घोषित:

(क) भ्रूण की विकृति जिसमें जीवन के साथ असंगत होने का पर्याप्त जोखिम है या यदि शिशु उत्पन्न होता है तो वह ऐसी शारीरिक या मानसिक असामान्यताओं से पीड़ित हो सकता है जिससे वह गंभीर रूप से अक्षम हो:

[illegible]

आर क्रमांक 1926938/2024/सत्रह/मेडि:02

FORM I**RMP Opinion Form**

(For gestation age upto twenty weeks)

[See Regulation 3]

I.....
(Name and qualifications of the Registered Medical Practitioner in block letters)

.....
(Full address of the Registered Medical Practitioner)

hereby certify that I am of opinion, formed in good faith, that it is necessary to terminate the pregnancy of.....

(Full name of pregnant woman in block letters)

resident of

(Full address of pregnant woman in block letters)

for the reasons given below*.

I hereby give intimation that I terminated the pregnancy of the woman referred to above who bears the Serial No..... in the Admission Register of the hospital/approved place.

Place:

Date:

Signature of the Registered Medical Practitioner

*of the reasons specified items (a) to (e) write the one which is appropriate:

- a. in order to save the life of the pregnant women,
- b. in order to prevent grave injury to the physical and mental health of the pregnant woman,
- c. in view of the substantial risk that if the child was born it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped,
- d. as the pregnancy is alleged by pregnant woman to have been caused by rape,
- e. as the pregnancy has occurred as a result of failure of any contraceptive device or methods used by a woman or her partner for the purpose of limiting the number of children or preventing pregnancy.

Note: Account may be taken of the pregnant woman's actual or reasonably foreseeable environment in determining whether the continuance of her pregnancy would involve a grave injury to her physical or mental health.

Place:

Date:

Signature of the Registered Medical Practitioner

FORM II
[Refer Regulation 4(5)]

Month & Year:

1. Name of the State:

2. Name of Hospital/approved place:

3. Duration of pregnancy: (Give total number only under each sub-head)

- (a) Upto 9 weeks (Medical Methods of Abortion Only):
- (b) Upto 12 weeks (Surgical Methods of Abortion Only):
- (c) Between 12-20 weeks:
- (d) Between 20 -24 weeks:
- (e) Beyond 24 weeks:

4. Religion of woman: (Give total number under each sub-head)

- (a) Hindu:
- (b) Muslim:
- (c) Christian:
- (d) Others:

5. Termination with acceptance of contraception: (Give total number under each sub-head)

- (a) Sterilization:
- (b) IUCD:
- (c) OCP/Injectable Contraceptive:
- (d) Others:

6. Reasons for termination: (Give total number under each sub-head)

A. Up to 20 weeks of gestation

- (a) Danger to the life of the pregnant woman:
- (b) Grave injury to the physical and mental health of the pregnant woman:
- (c) Pregnancy caused by rape:
- (d) Substantial risk that if the child was born, it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped:
- (e) Failure of any contraceptive device or method:

B. Between 20-24 weeks of gestation

- (a) Survivors of Sexual Assault/Rape/Incest:
- (b) Minors:
- (c) Change of marital status during the ongoing pregnancy (widowhood and divorce):
- (d) Women with physical disabilities [major disability as per criteria laid down under the Rights of Persons with Disabilities Act, 2016 (49 of 2016)]:
- (e) Mentally ill women including mental retardation:
- (f) The foetal malformation that has substantial risk of being incompatible with life or if the child is born it may suffer from such physical or mental abnormalities to be seriously handicapped:
- (g) Women with pregnancy in humanitarian settings or disasters or emergency situations as declared by Government:

C. Beyond 24 weeks of gestation

- (a) The foetal malformation that has substantial risk of being incompatible with life or if the child is born it may suffer from such physical or mental abnormalities to be seriously handicapped:

Signature of the Officer In-charge with Date

FORM III

[Refer Regulation 5]

Admission Register

[To be destroyed on the expiry of five year from the date of the last entry in the Register]

Facility.....

Month.....Year.....

Date of Admission	Name of the Patient	Wife/ Daughter of	Age	Religion	Address	Duration of Pregnancy	Reasons on which pregnancy terminated	Date of termination of pregnancy	Date of discharge of patient	Result & Remark	Name of Registered Medical Practitioner(s) by whom the opinion is formed (for pregnancy beyond 24 weeks mention the names of Medical board member	Name of Registered Medical Practitioner(s) by whom pregnancy is terminated	Method of MTP MVA/ EVA/ MMA/ D&C/ others)	post Abortion contraception (Tubal ligation/ IUD/ P/ Injectables/ others/ None)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

मध्यप्रदेश के राज्यपाल के नाम से तथा आदेशानुसार,
सुरभि गुप्ता, सचिव.